



TITLE:

後腹膜腔平滑筋肉腫の1例

AUTHOR(S):

林, 威三雄; 竹内, 正文

CITATION:

林, 威三雄 ...[et al]. 後腹膜腔平滑筋肉腫の1例. 泌尿器科紀要 1961, 7(9): 848-853

ISSUE DATE:

1961-09

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/112192>

RIGHT:

後腹膜腔平滑筋肉腫の1例

大阪大学医学部泌尿器科学教室（主任 楠 隆光教授）

講 師 林 威 三 雄

助 手 竹 内 正 文

Primary Retroperitoneal Leiomyosarcoma : Report of A Case

Isao HAYASHI and Masafumi TAKEUCHI

*From the Department of Urology, Osaka University Medical School**(Director : Prof. Dr. T. Kusunoki)*

A case of 46-year-old woman with retroperitoneal leiomyosarcoma was experienced. Her chief complaints were intermittent severe pain in the upper quadrant, anorexia and weight-loss. A study of the urinary tract by intravenous urography demonstrated displacement of the right kidney and ureter. Aortography and pneumoretroperitoneum were also performed. A diagnosis of retroperitoneal neoplasm was made clinically and exploration was performed. The renal pedicle was identified entering the mass, but the kidney was not invaded by the tumor and the right adrenal gland was visualized and found to be intact. Tumor mass, weighing 360 gm., was removed. The postoperative course was uneventful, but three months after surgery she was readmitted with the returned severe pain and radio-active Cesium therapy was instituted with good response.

原発性後腹膜腔腫瘍には悪性腫瘍が多く、比較的早期より周囲の重要な臓器に浸潤拡大するにも拘らず、その解剖学的位置より発見が遅れて、根治手術の不可能な事も少なくない。その早期発見が強く要望されるが、その為にはレ線学的診断、殊に種々の泌尿器科的レ線撮影法が最も重要視される。手術野に対しての有利性にもまして、この点で、この疾患群は泌尿器科で取扱うのが妥当の様に考えられる。

我々は最近後腹膜腔平滑筋肉腫の1例を経験し、更にその感を深くしたので茲に報告する次第である。

症 例

M.M. 46才，主婦。

初診：昭和36年1月10日。

家族歴：特記すべき事項はない。

既往症：26才の時に分婯子癇を経験している。

主訴：右上腹部及び背部痛。

現病歴：昭和35年5月頃より、右上腹部に鈍痛を訴え

る様になり、開業医より胃疾患と云われて対症療法を受けていたが、一向によくないので、9月8日神戸の某病院内科に入院し、消化器系統について、再三に亘るレ線撮影を中心とする精密検査を受けたが、異常はないと云われ、40日目に退院した。然し乍ら、その頃から疼痛が増強し診断不明の為、本院神経科に紹介を受けて入院した。神経科に於ては、精神的及び神経的に異常を認められないので、当科に紹介された。疼痛は右上腹部から右背部にかけて可成り強く、時には疝痛様となる。体動に關係はないが、背位には一層ひどい。放散性はない。その他最近になり、食欲、睡眠共に障碍せられ、るい瘦が目立つ様になつて来た。排尿異常、発熱、悪心、嘔吐等はない。月経は順調である。

現症：体格中等度、栄養状態悪く、痩せている。眼瞼結膜は貧血状、眼球結膜に黄染はない。舌は湿潤であるが、白色の薄い舌苔を被る。頸部、腋窩及び鼠径部淋巴腺の腫脹はない。脈膊は整、緊張良好、胸部打聴診には異常所見はない。

腹部は平坦、軟であり、肝、脾は触知しない。心窩部に軽度の圧痛があり、右腎部に小手拳大の円形の硬

い腫瘍を触知し、僅かに可動性があるが、圧痛が著明である。左腎は触知しない。膀胱部には異常なく、腱反射は正常である。

諸検査成績：

血液所見：赤血球 324×10^4 、血色素量78%（ザーリ氏法）、白血球3,700、白血球百分率：桿状核5%、分葉核61%、好酸球4%、好塩基球1%、淋巴球26%、単球3%、血圧 134/110mmHg、赤血球沈降速度1時間値15、2時間値 33mm、血清ワ氏反応、村田反応何れも陰性、血液化学所見：NPN 21mg/dl、Na 140 mEq/l、K 4.0mEq/l、Ca 8.5mg/dl、P 3.7mg/dl、Cl 107mEq/l、ヘマトクリット33%、血中総蛋白 6.8 g/dl、血糖 66mg/dl、アルブミン 4.5g/dl、グロブリン 2.3g/dl、アルブミン・グロブリン比 2.3、血清酸フォスファターゼ 0.3 Bod. u.、血清アルカリフォスファターゼ 2.4 Bod. u.

尿：黄褐色軽度濁濁、反応酸性、蛋白弱陽性、糖陰性、ウロビリノーゲン正常、沈渣に赤血球（+）、白血球（+）、上皮細胞（+）、円柱（-）、雑菌（+）である。

膀胱鏡所見：膀胱容量は 300cc 以上で、左右尿管口及び膀胱粘膜は共に正常である。インデゴカルミン試験も左右共正常である。

レ線所見：胸部腹部及び骨盤部単純レ線像には異常はない。

静注性腎盂レ線像に於ては、左腎は正常である。一方右腎盂像自身には変化がないが、それが上方内側から下外側に圧迫されている像が見られる（第1図）

後腹膜腔気体注入レ線像に於ては、右腎陰影の上に、これに接して殆んど同大の腫瘍陰影を見る（第2図）

経腰部大動脈レ線像に於ては、左側は全く正常であるが、右側に於ては腎動脈は下方に向い、腫瘍部に一致して血管の疎な部があり、この部分を取り囲む様に数本の血管が走っているのが見られる（第3図）

臨床診断：後腹膜腔腫瘍

手術所見：昭和36年1月26日、閉鎖循環式麻酔で楠教授執刀の下に手術を行った。第11肋骨上を走る腰部斜切開を置いて、第11及び第12肋骨を切除して、後腹膜腔に達する。腎臓は異常に下方にあり、上方から腎外腫瘍でおおわれている（第4図）腎臓と腫瘍とを剥離するに、腎動脈がその腫瘍の下極内側を越えて走っている。この部を特に注意深く剥離した。その他上方、側方からも剥離を行ったが、出血多量である。腫瘍が時々可動性にならないので、副切開を前方におく。上方に剥離する時に、副腎は腫瘍外で外見正常で

ある事が判明したので、この腫瘍は、腎外、副腎外腫瘍である事が確実となった。腫瘍自身は白色、凹凸不平である（第5図）尚腎動脈は腫瘍の下極内を走っており、大静脈もその内側に癒着している。故に腫瘍の所謂茎部に相当する処が残った（第6図）その部分からの出血はない。残存腫瘍基部にガーゼタンポンをおき、手術創を2層に縫合し、術を終った。手術時間1時間35分。

剔除標本：11×10×7cm、重量360g。

薄い被膜で被囊され、外面凹凸不平、硬度は弾力性硬である（第7図）剖面は白色乃至淡紅白色で、その組織は非常に脆弱で、殊に中心部に可成り広範囲の出血竈と壊死竈が見られる（第8図）

剔除標本の組織学的所見：索状に増殖している線維状の細胞は細長い核をもち、大小不同、異型性が著しい。核には胞状のものが多く、線維の細胞質の広さもちまちまちである。出血竈も見られる（第9図及び第10図）ワンギーソン染色によれば、この腫瘍細胞は総て黄色を呈している。

術後の経過：手術後順調に経過し、術創も7日目に部分抜糸、10日目に全抜糸を行った。術前の強い疝痛様疼痛は全く消失し、手術創に一致する軽度の疼痛を時々訴えるのみで、術後30日目に退院した。

然し乍ら、手術後約3カ月を経て再び術前と同様な疼痛発作が起つて来たので、入院の上セシウム照射7回総量 3,150r を行った。その効果は素晴らしく、僅か1回の照射で激しい疼痛は著しく軽減し、3～4回照射で殆んど全く消失した。照射による副作用は全く無く、体重も 1kg 増加、食欲も非常に良好になった。現在自宅で健在である

考 按

後腹膜腔腫瘍は1761年 Morgagni によつて報告されたのが最初で、その後多数の報告を見るが、尚比較的稀な疾患群と云われている。一般に悪性腫瘍の占める率が高く、殊にその中でも肉腫が最も多い。種々の肉腫の中、平滑筋肉腫の発生頻度に関しては諸者により相当に意見の食い違いがある。例えば White et al. (1953) は総ての後腹膜腔腫瘍の中で最も珍らしいものであると云っているが、一方 Ackerman (1953) は脂肪肉腫に次いで、第2番目に多いと云う Golden and Stout の意見に賛成している。現在迄の報告の中、多数の症例に関したもののについて見ると、Newman and Pinck

(1950) は20年間に取扱つた 33 例の後腹膜腔腫瘍の中、僅かに 1 例を報告している。Pack and Tabah (1954) は Memorial Cancer Center で26年間に 60,000例以上の症例から、120例と云う多数の後腹膜腔腫瘍を経験している。横紋筋肉腫、脂肪肉腫、淋巴腫が夫々22例、17例、24例もあるのに対して、平滑筋肉腫は僅かに 5 例に過ぎない。Johnson et al. (1954) は75例中の 1 例を、Donhauser et al. (1955) は48例中の 3 例を報告している。又 Donnelly (1946) は Iowa 大学病院で20年間に95例の後腹膜腔腫瘍を経験しているが、この中に平滑筋肉腫は 1 例もない。1959年 Scalan は多数の文献から 688例の後腹膜腔腫瘍を選んでいるが、この中平滑筋肉腫は36例であつたと云う。現在の報告例を調べると第 1 表の通りである。

第 1 表 報 告 症 例

著 者	年度	平 滑 筋 肉 腫	後腹膜腔腫瘍
1) Morgan and Stone	(1938)	1例	
2) Riveros et al.	(1940)	1 "	
3) Trasoff and Meranz	(1941)	1 "	
4) Golden and Stout	(1941)	6 "	9例
5) Donnelly	(1946)	0 "	95 "
6) Massachusetts General Hospital	(1950)	1 "	
7) Newman and Pinck	(1950)	1 "	33 "
8) Lumb	(1951)	1 "	
9) Rabinovitch et al.	(1952)	0 "	
10) White et al.	(1953)	1 "	
11) Pack and Tabah	(1954)	5 "	120 "
12) Johnson et al.	(1954)	1 "	75 "
13) Donhauser and Bigelow	(1955)	3 "	48 "
14) Massachusetts General Hospital	(1956)	1 "	
15) Pierini	(1957)	1 "	
16) Antal and Marofka	(1957)	1 "	
17) Farache and Zanniello	(1958)	1 "	
18) North	(1959)	1 "	17 "
19) Ehlers	(1959)	0 "	21 "
20) Scalan	(1959)	36 "	688 "
21) Ackers and Prazak	(1960)	1 "	

文献を通覧して感じられる事は、平滑筋肉腫に限らず、一般に後腹膜腔腫瘍に於ては、諸者

により分類乃至は組織学的診断に統一が見られない。この事が又頻度の点に大きな喰い違いを来たしている様であるが、兎に角後腹膜腔平滑筋肉腫は比較的稀な疾患であると思われる。

一方本邦に於ては、その報告は一層少い。昭和34年安藤は後腹膜腫瘍の本邦症例を集めて詳しく述べている。その総数は 334例で、外国の統計と異なる点は良性腫瘍が多く、悪性腫瘍は 135例 (40.4%) に過ぎない。この中肉腫が78例を占めている。然し平滑筋肉腫は線維平滑筋肉腫としての 1 例を見るに過ぎない。その後の報告として黒田等の脂肪平滑筋肉腫の 1 例と、浜等の骨盤腔を充満した 750g の 1 例を見るに過ぎない。浜等の例は手術所見から見てその発生源は尿管又は精管或は血管と考えられ、その様な症例として本邦最初の報告であると述べている。

一般に後腹膜腔悪性腫瘍は、比較的早期から周囲の重要な臓器に浸潤拡大して、診断の下された時には既に完全剔除が困難な事が少なくない。外国文献からの根治手術可能率は第 2 表の通りで、可成り低い。

第 2 表 根治手術可能率

著 者	年度	症例数	手術可能率
Andrews	(1923)	28	7.4%
Judd and Larson	(1933)	44	32%
Donnelly	(1946)	95	35%
Newman and Pinck	(1950)	33	36.3%
Rabinovitch et al.	(1952)	22	32%
Pack and Tabah	(1954)	38	21.1%
		30	46.7%

我々の症例も完全剔除が腫瘍の浸潤性から不可能であつたが、解剖学的位置より鑑別すべき疾患が多い点並びに悪性腫瘍が多い事からも特に早期発見が強く望まれる。

一般に後腹膜腔腫瘍の臨床診断はその解剖学的位置と、典型的な症状を欠く為可成りむづかしいものである。レ線学的検査が大切で、以前は消化管撮影の重要性を強調する人が多かったが、最近の傾向は泌尿器科的レ線撮影に傾いて来ている。殊に静注性及び逆行性腎盂撮

影、後腹膜腔気体注入撮影及び大動脈撮影が重要である。我々の症例に於ても、消化管の十分なレ線撮影が行われたにも拘らず診断が不明であり、泌尿器科的レ線撮影により初めて正確な診断を下し得た。

治療法は可及的速かに根治的全切除術を行う事が望ましいが、その腫瘍の性質或は手術の時期によつて根治手術の不可能な事も少なくない。放射線療法が当然考慮されるが、然し乍ら平滑筋肉腫はレ線抵抗性と考えられ、その効果に対して悲観的な考えを持つ人が多い。僅かに North (1959) が放射線療法の意外に奏功した1例を経験しているのみである。我々の症例も恐らく再発による太陽神経叢の圧迫によると思われる背部に放散する激しい疼痛に対しセシウム照射を行つた所、自覚症状に対して非常に効果があり、一般症状也大いに改善せられた。

結 語

1. 46才の女子に見られた後腹膜腔平滑筋肉腫の1例を報告した。術後の再発によると思われる疼痛に対して、セシウム照射が著効を呈した。
2. 早期の正確な診断の必要が痛感されたが、その為には種々の泌尿器科的レ線撮影法が最も重要である。
3. 集め得た文献に於ける症例を紹介したが、尚比較的稀な疾患と考えられる。

稿を終えるに当たり、終始御懇篤なる御指導並びに御校閲を賜つた恩師痛教授に深甚なる謝意を表します。

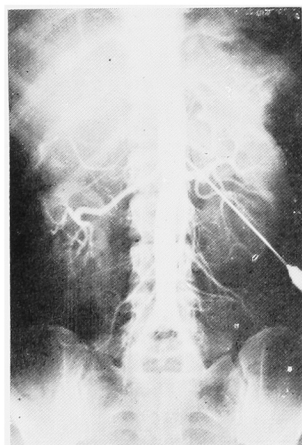
参 考 文 献

- 1) Ackerman, L. V. : Surgical pathology, 751, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1953.
- 2) Ackers, W. A. and Prazak, G. Arch. Dermat., 81 : 953, 1960.
- 3) 安藤隆 : 外進, 第10集 : 80, 1959.
- 4) Antal, A. and Marofka, F. Magy. nörv. lap., 20 : 382, 1957.

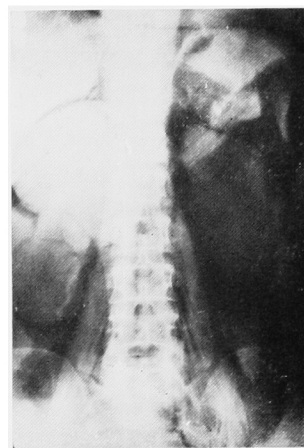
- 5) Donhauser, J. L. and Bigelow, N. H. Arch. Surg., 71 : 234, 1955.
- 6) Donnelly, B. A. : Surg., Gynec. & Obst., 83 : 705, 1946.
- 7) Ehlers, P. N. und Grimsehl, H. : Langenbecks Arch. klin. Chir., 291 : 271, 1959.
- 8) Farache, S. and Zanniello, J. M. : Bol. Soc. cir. B. Aires, 42 : 86, 1958.
- 9) Colden, T. and Stout, A. P. : Surg., Gynec. & Obst., 73 : 784, 1941.
- 10) 浜龍治・奥村明一・今西幸雄・貴島幸彦 : 日外会誌, 60 : 178, 1959.
- 11) Johnson, A. H., Searls, H. H. and Grimes, G. F. Am. J. Surg., 88 : 155, 1954.
- 12) 黒田守・大塚治 : 日泌尿会誌, 49 : 738, 1958.
- 13) Lumb, G. J. Path. & Bact., 63 : 139, 1951.
- 14) Massachusetts General Hospital : New Engl. J. Med., 243 : 833, 1950. and 255 : 573, 1956.
- 15) Morgan, E. K. and Stone, C. M. : J. Urol., 39 : 63, 1938.
- 16) Newman, H. R. and Pinck, B. D. Arch. Surg., 60 : 879, 1950.
- 17) North, J. P. : Ann. Surg., 151 : 693, 1959.
- 18) Pack, G. T. and Tabah, E. J. : Internat. Abst. Surg., 99 : 209, 1954.
- 19) Pierini, A. Bol. Soc. cir. B. Aires, 41 : 506, 1957.
- 20) Rabinovitch, J., Trinidad, S., Pines, B. and Grayzel, D. : Arch. Surg., 65 : 641, 1952.
- 21) Riveros, M. J., Boggins, M. J. and Ferreira, A. Rev. de. cir. de. Buenos Aires, 19 : 149, 1940.
- 22) Scalan, D. B. : J. Urol., 81 : 740, 1959.
- 23) Trasoff, A. and Meranz, D. : Med. Assn. Dist of Col., 10 : 297, 1941.
- 24) White, E. W., Braunstein, L. and Oslay, F. : J. Urol., 69 : 764, 1953.



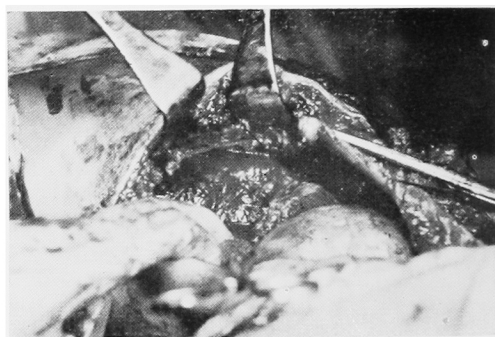
第1図 静注性腎盂レ線像：
左側は正常，右側に於ては腎盂像自身に変化はないが，上方内側より下方に圧迫されている。



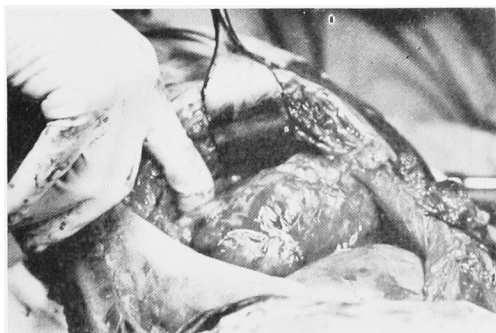
第3図 腹部大動脈レ線像：
右腎動脈は下方に向い，腫瘤陰影に一致して血管の疎な部分があり，これを取り囲む様に数本の血管が走っている。



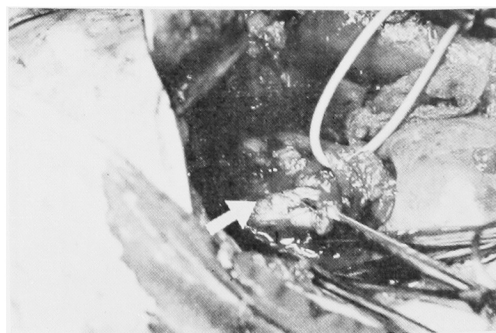
第2図 後腹膜腔気体注入レ線像：
右腎陰影の真上に，これと殆んど同大の腫瘤陰影を見る。



第4図 後腹膜腔を開いたところ：
腎臓は異常に下方にあり，上方から腎外腫瘤でおされている。



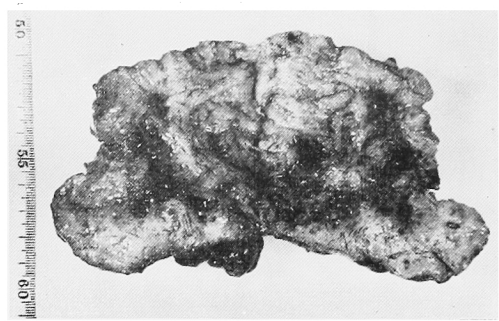
第5図 腫瘤の剥離を終わったところ。



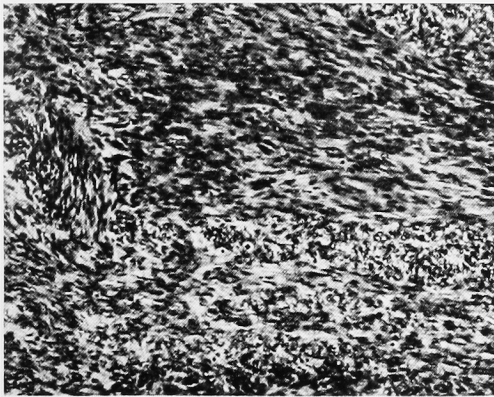
第6図 腫瘤の剔除を終わったところ：
ゴム管をかけてあるのが腎動静脈，矢印の部分が腫瘤の茎部。



第7図 剔除標本の外見.



第8図 剔除標本の断面：
出血竈と壊死竈が見られる.



第9図 剔除標本の組織像：
細長い核をもつ線維状の細胞が索状に増殖している。（110×，H-E染色）



第10図 剔除標本の組織像（強拡大像）
核は細長く，大小不同，異型性が著しく，胞状の構造をもつものが多い。（600×，H-E染色）